

# Postać podskórna ziarniniaka obrączkowatego — opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

## Subcutaneous granuloma annulare — a case report and literature review

Martyna Sławińska<sup>1</sup>, Michał Sobjanek<sup>1</sup>, Aleksandra Wilkowska<sup>1</sup>, Monika Sikorska<sup>1</sup>,  
Aleksandra Sejda<sup>2</sup>, Roman Nowicki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Patomorfologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

### STRESZCZENIE

Ziarniniak obrączkowaty (GA, *granuloma annulare*) jest przewlekłą, idiopatyczną dermatozą z tendencją do spontanicznego ustępowania. Schorzenie charakteryzuje się specyficznymi cechami histopatologicznymi, obejmującymi zwyrodnienie kolagenu ze współistniejącym ziarniniakowym stanem zapalnym. Ocenia się, że GA dotyczy 0,1–0,4% pacjentów dermatologicznych. Podskórna postać GA występuje niezwykle rzadko. Autorzy przedstawiają przypadek 3-letniego chłopca, u którego rozpoznano podskórną postać GA leczonego z powodzeniem miejscową krioterapią.

**Forum Derm. 2016; 2: 3, 120–122**

**Słowa kluczowe:** podskórna postać ziarniniaka obrączkowatego, GA, krioterapia

### ABSTRACT

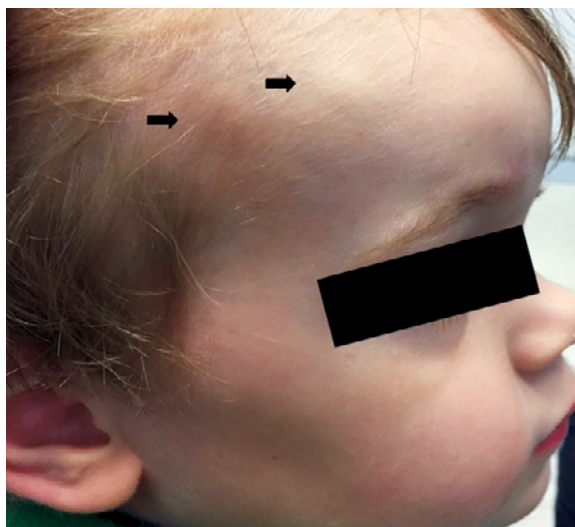
Granuloma annulare (GA) is a chronic, idiopathic dermatosis with tendency to spontaneous resolution. GA has distinct histopathological features including collagen degeneration associated with granulomatous inflammation. It is estimated that condition affects 0.1–0.4% of dermatology patients. Subcutaneous GA is a rare variant of the disease. The authors present a case of a 3-year-old boy diagnosed with subcutaneous GA, successfully treated with local cryotherapy.

**Forum Derm. 2016; 2: 3, 120–122**

**Key words:** subcutaneous granuloma annulare, GA, cryotherapy

### OPIS PRZYPADKU

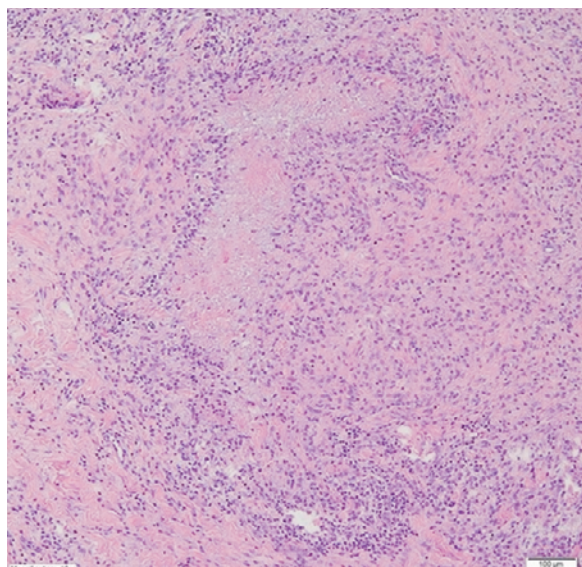
Ogólnie zdrowego 3-letniego pacjenta konsultowano z powodu asymptomatycznych guzków podskórnych umiejscowionych na skórze owłosionej głowy. Spoiste, nieprzesuwalne, pokryte niezmienioną skórą i wolno rosnące wykwity obserwowane były od kilku miesięcy (ryc. 1). Skóra, jej przydatki i błony śluzowe były niezmienione. Dwa guzki wycięto diagnostycznie ze względu na niejasny charakter zmian oraz niepokój rodziców. W obrazie histopatologicznym wyciętych guzków uwidoczniono guzkowe nacieczenia komórek makrofagalnych w obrębie tkanki włóknistej, w niektórych skupieniach układające się promieniście wokół obszarów martwicy włókninowej, z ogniskowym gromadzeniem mucyn (dodatkowo barwienie błękitem alcjanu) (ryc. 2). Całość obrazu klinicznego pozwoliła na rozpoznanie podskórnej postaci ziarniniaka obrączkowatego (GA, *granuloma annulare*). Zarekomendowano miejscową krioterapię za pomocą preparatu chlorku etylu, uzyskując w czasie 4 tygodni prawie całkowitą remisję.



**Rycina 1.** Podskórna postać ziarniniaka obrączkowatego — obraz kliniczny. Pokryte niezmienioną skórą, spoiste, nieprzesuwalne guzy podskórne (zaznaczono strzałkami)

### Adres do korespondencji:

lek. Martyna Sławińska, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Kliniczna 1a, 80–402 Gdańsk, tel.: +48 583 492 583, faks: +48 583 492 586, e-mail: [martynamusk@gmail.com](mailto:martynamusk@gmail.com)



**Rycina 2.** Podskórna postać ziarniniaka obrączkowatego — obraz histopatologiczny. W części centralnej obszary nekrobiozy kolagenu otoczone przez limfocyty i histiocyty o układzie palisadowatym

## OMÓWIENIE

Pierwsze, pochodzące z 1895 roku, doniesienie literaturowe dotyczące GA zawdzięczamy Foxowi [1]. Schorzenie charakteryzuje się heterogennym obrazem klinicznym. Oprócz najczęściej występującej ograniczonej postaci, wyróżnia się postać uogólnioną, wrzodziejącą, rumieniową, blaszkowatą, podskórną, grudkową z pępkowatymi zagłębieniami, krostkową, linijną oraz destrukcyjną [2]. Postać podskórna, która została opisana po raz pierwszy przez Ziegler w 1941 roku, jest bardzo rzadkim wariantem GA [3–5].

Mimo różnorodnej symptomatologii klinicznej GA posiada typowy obraz histologiczny. Spektrum histopatologiczne dermatozy obejmuje obecność limfocytów i histiocytów wokół naczyń krwionośnych oraz wiązek kolagenu i złogów mucyny (typ śródmiąższowy, 70%) lub histiocyty ułożone palisadowato wokół obszarów nekrobiozy z obecnością pofragmentowanych wiązek kolagenu i złogów mucyny (typ nekrobiotyczny, 25%). Rzadko obserwuje się obraz przypominający sarkoidozę (typ sarkoidalny, 5%) — wówczas decydujące znaczenie w różnicowaniu ma dodatni wynik badania na obecność mucyn w GA [2]. Opisane patologie dotyczą środkowej oraz powierzchownej warstwy skóry właściwej, natomiast w przypadku podskórnej postaci GA lokalizują się w głębokiej warstwie skóry właściwej i mogą sięgać tkanki podskórnej. Obraz histopatologiczny podskórnej postaci GA odpowiada najczęściej wariantowi nekrobiotycznemu jak w prezentowanym przypadku [2, 6, 7].

Postać podskórna GA najczęściej występuje u dzieci pomiędzy 3.–5. rokiem życia, częściej u dziewczynek, i manifestuje się jako wolno rosnący, asymptomatyczny podskórny guz, nieprzesuwalny względem tkanek otaczających. Zmia-

ny mogą być pojedyncze lub mnogie; najczęściej opisywano je na przedniej powierzchni podudzi, rzadziej w obrębie kończyn górnych, twarzy, skalpu czy pośladków [3, 5, 8]. Rozpoznanie GA w przypadku braku współwystępowania klasycznych powierzchownych zmian grudkowych nie jest możliwe bez badania histopatologicznego. Ze względu na konieczność różnicowania schorzenia z procesami rozrostowymi weryfikacja histopatologiczna zmian w sytuacjach wątpliwych jest zdaniem autorów w pełni uzasadniona [2, 6]. Pewne zastosowanie diagnostyczne znajdują badania obrazowe (ultrasonografia dopplerowska, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) [7, 9].

Etiopatogeneza GA nie jest dokładnie poznana, lecz związana jest najprawdopodobniej z odpowiedzią immunologiczną typu opóźnionego. Do czynników mogących ją indukować należą: urazy (ukłucia przez stawonogi, iniekcje), ekspozycja na promieniowanie UV (w tym fotochemioterapia), infekcje wirusowe (wirusy zapalenia wątroby typu B i C, wirus ludzkiego niedoboru odporności, wirus Epsteina-Barr, wirus ospy wietrznej i półpaśca), leki (allopurinol, inhibitory TNF- $\alpha$ , topiramid, talidomid) [2, 10].

Istotny z punktu widzenia klinicznego jest potencjalny związek GA z chorobami ogólnoustrojowymi. Opisano przypadki współwystępowania dermatozy z cukrzycą (typu 1 i 2), autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy, chorobami tkanki łącznej, sarkoidozą, dyslipidemią oraz nowotworami złośliwymi (najczęściej chłoniakami) [11].

Dane dotyczące efektywności różnych metod leczenia GA są ograniczone i pochodzą głównie z opisów przypadków lub niewielkich badań retrospektywnych. Mnogość opcji terapeutycznych świadczy o braku w pełni skutecznej terapii GA. Ze względu na tendencję do samoistnego ustępowania zmian, obserwowaną nawet u połowy pacjentów z postacią ograniczoną, w wielu przypadkach odstępuje się od leczenia [12]. Leczeniem pierwszego rzutu w przypadkach ograniczonych u dzieci, stosowanym z powodzeniem w ośrodku autorów niniejszej pracy, jest miejscowa krioterapia. Blume-Peytavi i wsp. [13] oceniali skuteczność krioterapii w leczeniu ograniczonej postaci GA. U 25 spośród 35 pacjentów uzyskano ustąpienie zmian chorobowych po jednorazowym zastosowaniu ciekłego azotu lub podtlenku azotu. W prezentowanym przypadku uzyskano prawie całkowitą remisję zmian po zastosowaniu krioterapii z użyciem chlorku etylu (jeden kilkusekundowy cykl dziennie przez trzy tygodnie). W piśmiennictwie światowym autorzy pracy odnaleźli zaledwie dwa podobne doniesienia [14, 15].

Podsumowując podskórna postać GA ze względu na rzadkość występowania oraz niecharakterystyczny obraz kliniczny może sprawiać trudności diagnostyczne. Schorzenie ma łagodny przebieg i nie wymaga intensywnego leczenia. Prezentowany przypadek potwierdza skuteczność miejscowej krioterapii w leczeniu tej postaci GA.

## PIŚMIENICTWO

1. Fox T.C. Ringed eruption of the fingers *Br. J. Dermatol.* 1895; 7: 91–95.
2. Chodorowska G. Ziarniniak obrączkowaty — różnorodność obrazu klinicznego i możliwości terapeutyczne. *Przegl. Dermatol.* 2012; 99: 68–74.
3. Felner E.I., Steinberg J.B., Weinberg A.G. Subcutaneous granuloma annulare: a review of 47 cases. *Pediatrics.* 1997; 100: 965–967.
4. Williams H.J., Biddulph E.C., Coleman S.S., Ward J.R. Isolated subcutaneous nodules (pseudorheumatoid). *J. Bone Joint. Surg. Am.* 1977; 59: 73–76.
5. Grogg K.L., Nascimento A.G. Subcutaneous granuloma annulare in childhood: clinicopathologic features in 34 cases. *Pediatrics.* 2001; 107: e42.
6. Requena L., Fernández-Figueras M.T. Subcutaneous granuloma annulare. *Semin. Cutan. Med. Surg.* 2007; 26: 96–99.
7. Shokouhi B., Vahedi A., Esmaily H.A. A Case of Subcutaneous Granuloma Annulare (SGA) in the Scalp of a Child: Histological Findings. *Fetal. Pediatr. Pathol.* 2015; 34: 332–335.
8. Pederiva F., Paloni G., Berti I. Subcutaneous Granuloma Annulare: A Diagnostic Conundrum—Learning From Mistakes. *Pediatr Emerg Care.* 2016 Jan 16. [Epub ahead of print].
9. Thornsberry L.A., English J.C. Etiology, diagnosis, and therapeutic management of granuloma annulare: an update. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2013; 14: 279–290.
10. Ferreli C., Atzori L., Manunza F. i wsp. Thalidomide-induced granuloma annulare. *Ital. Dermatol. Venereol.* 2014; 149: 329–333.
11. Li A., Hogan D.J., Sanusi I.D., Smoller B.R. Granuloma annulare and malignant neoplasms. *Am. J. Dermatopathol.* 2003; 25: 113.
12. Cyr P.R. Diagnosis and management of granuloma annulare. *Am. Fam. Physician.* 2006; 74: 1729–1734.
13. Blume-Peytavi U., Zouboulis C.C., Jacobi H. i wsp. Successful outcome of cryosurgery in patients with granuloma annulare. *Br. J. Dermatol.* 1994; 130: 494–497.
14. Bogdanowski T., Wygledowska-Kania M. A rare form of granuloma annulare. *Pediatr. Pol.* 1995; 70: 87–89.
15. Skripkinlu K., Khononova O.E. Treatment of granuloma annulare by ethyl chloride irrigation. *Vestn. Dermatol. Venerol.* 1963; 37: 67–68.